

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jacques GIACOMINI

Né le 26 Juillet 1899, à DOMFRONT (Orne)

ÉTUDE SUR LES RAPPORTS
DE LA NÉVRALGIE FACIALE
AVEC LA MIGRAINE

Président : M. BEZANÇON, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jacques GIACOMINI

Né le 26 Juillet 1899, à DOMFRONT (Orne)

ÉTUDE SUR LES RAPPORTS
DE LA NÉVRALGIE FACIALE
AVEC LA MIGRAINE

Président : M. BEZANÇON, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

I. — Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale
 Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale
 Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique cardiologie
 Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.

ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 CHEVASSU.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD
 LAIGNEL-

LAVASTINE

FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE
 CLERC.
 LEREBoullet
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 MARION.
 LEVY-SOLAL.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 VILLARET.
 BEZANÇON.
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 CROUZON.
 HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD Henri. Pathologie médicale.
 BERNARD Et. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FUNCK.
 ERENTANO ... Pathologie chirurgicale.
 FEY Urologie.
 GAILLARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.

DE GAUDART
 D'ALLAINES .. Pathologie chirurgicale
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOL ... Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.) . Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-

DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE.. Médecine légale
 PORTES Obstétrique.
 RENARD (L.) . Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale
 LE LORIER ... Obstétrique.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..
 AUBERTIN
 BRULE
 CHABROL
 DONZELOT
 DUVOIR
 LIAN
 PASTEUR
 VALLERY-
 RADOT
 SEZARY
 } Clinique médicale.

MM.

BASSET
 BROcq
 CADENAT
 GATELLIER
 MOURE
 QUENU
 VELTER
 } Clinique chirurgicale
 ECALLE
 METZGER
 } Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

Avec ma profonde reconnaissance.

A MA FEMME ET A MON FILS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

Hommage respectueux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON
MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO
MONSIEUR LE DOCTEUR TROISIER
MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER
MONSIEUR LE DOCTEUR BASSET
MONSIEUR LE DOCTEUR TIXIER
MONSIEUR LE DOCTEUR ALAJOUANINE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE
MONSIEUR LE DOCTEUR ECALLE
MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE
MONSIEUR LE DOCTEUR HEITZ-BOYER
MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE

ETUDE SUR LES RAPPORTS DE LA NEURALGIE FACIALE AVEC LA MIGRAINE

INTRODUCTION

Pendant de longs siècles, la migraine et la névralgie faciale furent confondues dans des cadres nosologiques confus. Bien que les premières descriptions cliniques de la migraine datent d'ARÉTÉE DE CAPPADOCE et de GALIEN, ce syndrome resta confondu avec d'autres affections douloureuses de la face et du crâne jusqu'au XVIII^e siècle. La première description moderne de la migraine date de TISSOT qui pensa que celle-ci constitue une névralgie sus-orbitaire. Nous verrons plus loin que des opinions analogues ont été soutenues par des auteurs plus récents.

Quant à la névralgie faciale, elle ne fut définitivement individualisée que par TROUSSEAU. Même depuis la description magistrale de cet auteur, les notions concernant cette névralgie sont restées très obscures et certains points ne furent élucidés que pendant ces toutes dernières années, à la suite des travaux des neuro-chirurgiens et de ceux d'ALAJOUANINE et THUREL.

Certes, notre but dans ce travail n'est pas de sou-

tenir l'identité ou même la similitude de la migraine et de la névralgie faciale. Chacun de ces syndromes possède ses caractères propres au moins dans les formes typiques. A la suite de certaines observations que nous avons pu recueillir il nous a semblé qu'il existait des manifestations cliniques intermédiaires entre la névralgie faciale et la migraine. L'existence de ces formes, pose une foule de problèmes tant théoriques que pratiques que nous avons abordés sans cependant avoir la prétention de les résoudre.

En essayant d'interpréter les faits que nous apportons, on peut d'ailleurs se demander s'ils appartiennent aux migraines ou aux névralgies faciales. Sous une autre forme la question peut se poser ainsi : nos malades avaient-ils une migraine imitant la névralgie ou une névralgie ayant les apparences d'une migraine. Pour donner une réponse certaine à une telle question, il faudrait posséder des tests absolus, ce qui est loin d'être réalisé pour ces maladies.

Au lieu de nous perdre dans des discussions de terminologie, nous avons plutôt cherché à dégager les points communs entre certaines névralgies de la face et certaines migraines. Nous avons trouvé ces liens, aussi bien au point de vue symptomatologique qu'au point de vue étiologique et pathogénique.

Nous avons enfin cherché à faire la preuve de leur parenté par des moyens thérapeutiques, ceux-ci constituant le problème pratique le plus important de notre sujet.

La médecine est une réalité souple et vivante qui

donne chaque jour un démenti aux formules livresques trop rigides dans lesquelles on prétend l'enfermer. Certes, la synthèse et la classification sont nécessaires pour comprendre les aspects variés des maladies, mais elles ne doivent pas dresser des barrières infranchissables. Les faits que nous avançons dans ce travail donnent à ce point de vue un exemple.



Nous avons adopté pour notre travail le plan suivant :

- 1° Conception actuelle des névralgies faciales.
- 2° Rôle du trijumeau.
- 3° Rôle du sympathique.
- 4° Observations personnelles.
- 5° Formes intermédiaires entre la migraine et la névralgie faciale.
- 6° Etiologie et pathogénie communes.
- 7° Conséquences thérapeutiques.

CONCEPTION ACTUELLE DES NEURALGIES FACIALES

L'ensemble des syndromes douloureux de la face est généralement désigné sous le vocable vague de névralgie faciale. On sait que cette dénomination est impropre puisque le facial, nerf moteur pur, ne peut être le vecteur de sensations douloureuses. Néanmoins tout le monde continue à parler de névralgie faciale pour désigner des douleurs qui passent par le trijumeau.

Depuis une vingtaine d'années, on commence à dissocier les névralgies de la face parmi lesquelles on a établi de nombreuses catégories. Une première classification, établie par SICARD et ses élèves distingue les trois catégories suivantes :

- 1° Névralgie essentielle du trijumeau.
- 2° Névralgie secondaire ou symptomatique.
- 3° Névralgisme facial.

La première de ces catégories semble constituer de l'avis unanime des auteurs, une entité morbide bien définie. La névralgie essentielle du trijumeau est bien une maladie à part, ayant ses caractères cliniques pro-

pres et son mécanisme physio-pathologique aujourd'hui bien établi. Seule son étiologie reste encore inconnue, bien qu'elle appartienne vraisemblablement à la classe des algies épidémiques par névraxite.

Quant aux deux autres classes, elles ont été confondues par ALAJOUANINE et THUREL dans le groupe des sympathalgies faciales. Selon ces auteurs, à l'exception de la névralgie essentielle typique, toutes les autres algies de la face seraient des algies sympathiques, des causalgies de la face (BAUDOUIN). ALAJOUANINE et THUREL distinguent encore bien une troisième classe, celle des algies psychiques, des psychalgies, mais sur lesquelles nous n'insistons pas ici.

Du point de vue qui nous occupe, seules les algies sympathiques sont intéressantes. La grande névralgie faciale est, en effet, un syndrome bien caractérisé et bien délimité qui ne supporte la comparaison avec aucun autre syndrome douloureux du voisinage.

Il n'en est plus de même des algies sympathiques qui groupent des manifestations cliniques fort disparates et pour lesquelles on ne peut guère donner une description valable pour tous les cas. Nous allons néanmoins donner un schéma rapide du tableau clinique.

La sympathalgie faciale survient par crises d'une durée de quelques heures. Pendant ces crises, le malade souffre constamment avec cependant des exacerbations et des accalmies relatives.

La douleur siège presque toujours d'un seul côté de la face, mais, contrairement à ce qui se passe dans la

névralgie essentielle, elle ne se superpose pas toujours au territoire d'une des branches du trijumeau. Elle peut s'étendre à l'hémicrâne, à la nuque, à l'épau-
le, etc.

La sympathalgie s'accompagne d'un certain nombre de manifestations qui lui sont communes avec la migraine : troubles vasomoteurs et sécrétoires de la face, congestion de la conjonctive, manifestations visuelles ou auditives et parfois même des nausées et des vomissements.

Ce sont ces algies sympathiques qui se rencontrent à la suite des irritations locales d'origine dentaire, nasale ou oculaire. C'est en somme cette classe des névralgies faciales que l'on rencontre le plus couramment dans la pratique quotidienne. Les cas que nous avons observés appartiennent sans conteste à ce groupe dont nous essayerons de montrer la parenté avec la migraine.

ROLE DU TRIJUMEAU

Dans ce chapitre et dans le suivant nous allons étudier brièvement la nature exacte de l'intervention des nerfs dans les névralgies de la face et tout particulièrement dans la névralgie sympathique et dans la migraine.

Nous avons déjà vu que le nerf facial n'avait rien à voir avec les syndromes douloureux puisqu'il constituait un nerf purement centrifuge. Par contre, le rôle du trijumeau apparaît comme essentiel. On sait, en effet, que le trijumeau assure l'innervation sensitive de toute la face, de la dure-mère, de la paroi des sinus veineux et des os du crâne. De toute la tête, il n'y a guère que la région occipitale et les régions mastoïdienne et rétro-auriculaire qui échappent à son territoire.

Ainsi, le trijumeau est non seulement le nerf de la névralgie faciale, mais aussi celui du mal de tête (VALLEY-RADOT et HAMBURGER). Les chirurgiens ont montré que l'ablation du ganglion de Gasser guérit la plupart des céphalées (CUSHING, PENFIELD).

Les théories anciennes ont attribué la migraine à

une névralgie du trijumeau. Alors que dans la névralgie faciale proprement dite, ce sont les branches faciales du trijumeau qui sont atteintes, dans la migraine les troubles siègent sur les branches destinées au crâne et aux méninges (EULENBURG, BRISSAUD, etc.).

TISSOT, pensa que la migraine est une névralgie sus-orbitaire. Selon BABONNEIX et DAVID la migraine est une algie radiculaire du trijumeau.

Ces théories de la migraine ne résistèrent pas à la critique car le mécanisme de ce syndrome semble beaucoup plus complexe et la seule atteinte du trijumeau ne l'explique pas. Il est néanmoins certain que directement ou indirectement certaines branches de la cinquième paire crânienne participent à la production de la migraine.

La névralgie faciale essentielle est avant tout un syndrome nucléaire du trijumeau. Ce point est actuellement bien établi et les nombreux succès obtenus par l'ablation du ganglion de Gasser, par la névrotomie rétro-gassérienne, comme par l'alcoolisation de ce ganglion ne laissent aucun doute à ce sujet.

Le rôle du trijumeau paraît plus complexe dans les sympathalgies. Celles-ci semblent se produire à la faveur d'une action réflexe s'exerçant sur le sympathique, mais dans la plupart des cas la voie centripète du réflexe est le trijumeau. Il semble cependant que dans ces algies on peut voir intervenir d'autres voies sensibles que la cinquième paire, car la section de celle-ci

ne suffit pas toujours pour faire disparaître la douleur. On discute, en effet, pour savoir si le sympathique ne dispose pas de fibres sensibles particulières, capables de conduire la douleur. Nous reviendrons dans un instant sur cette discussion.

Ce qu'il importe de retenir, c'est que migraine et névralgie faciale reposent toutes deux sur un même substratum anatomique : le nerf trijumeau.

III

ROLE DU SYMPATHIQUE

Le rôle du sympathique dans tous les syndromes douloureux constitue un problème qui, en dépit de très nombreux travaux, reste encore tout à fait obscur. Classiquement, le sympathique constitue un système purement centrifuge, commandant les muscles lisses et les sécrétions glandulaires. A la suite des travaux des chirurgiens du système nerveux, on tend à admettre de plus en plus que le sympathique peut contribuer à la conduction de certaines sensibilités.

Selon FOERSTER, il y aurait dans le sympathique cervical et le long des carotides, une voie sensitive accessoire qui pourrait prendre une prépondérance dans certaines conditions pathologiques. Ainsi, selon ALAJOUANINE et THUREL, les sympathalgies se produiraient par un réflexe qui se localise sur le sympathique. Le stimulus pathogène atteint soit le tronc même des nerfs sympathiques (Névralgie à la suite d'une sympathectomie cervicale), soit ses terminaisons. Dans les névralgies d'origine locale, comme celles qui sont consécutives à des lésions dentaires ou naso-pharyngées ce sont les terminaisons sympathiques qui sont

soumises à des irritations. La participation du sympathique explique dans ces névralgies les troubles vasomoteurs et sécrétoires et un certain nombre de manifestations générales.

On s'est inspiré de cette idée de la participation du sympathique pour traiter certaines névralgies faciales. JABOULAY et nombreux auteurs par la suite ont pratiqué des sections du sympathique cervical dans le but de guérir la névralgie faciale. Il ne semble pas que cette méthode ait donné de bons résultats. Par contre, la sympathectomie péricarotidienne recommandée et pratiquée par LERICHE, par Clovis VINCENT et par FOERSTER, semble avoir donné dans certains cas des améliorations et même des guérisons complètes.

FOERSTER, explique cette action non pas par l'interruption des voies sensibles, mais par les modifications vasomotrices que détermine l'ablation du sympathique péri-artériel. Si l'on admet, en effet, comme le fait cet auteur, que certaines névralgies faciales sont dues à un spasme vasculaire, il est facile de comprendre que la section du sympathique péri-artérielle peut les guérir.

Tel paraît être également le rôle du sympathique dans la migraine. Il semble certain qu'en partie au moins la migraine est due à un spasme vasculaire encéphalique. Ce spasme se produit sans doute grâce à une irritation du sympathique par une cause encore inconnue.

PENFIELD a essayé d'appliquer sur la migraine la notion de la douleur projetée (« referred pain »). On ad-

met, en effet, que les douleurs viscérales, conduites en partie par le sympathique, se projettent sur les plans superficiels, en empruntant alors le trajet des nerfs sensitifs. PENFIELD, pense ainsi, que la migraine se produit par le sympathique, mais elle s'exprime par l'intermédiaire du trijumeau qui la projette sur les parties superficielles du crâne ou de la face.

Il semble, en somme, que le sympathique intervient dans une mesure très importante dans la production de certaines migraines et d'une certaine catégorie de névralgies faciales.

IV

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION N° 1

Syndrome douloureux cranio-facial d'origine dentaire

Mme R..., âgée de 38 ans, commerçante, se plaint depuis de longues années d'une névralgie faciale, traitée par des moyens médicaux variés.

La névralgie évolue par paroxysmes survenant de deux à quatre fois par semaine. Les paroxysmes durent alors presque toute la journée. Ils sont souvent déclenchés par les repas.

Le début des crises douloureuses est progressif. La malade constate d'abord la survenue de fourmillements, d'agacements et d'une sensation de chaleur dans l'hémiface gauche. Puis la douleur devient extrêmement vive avec des élancements exagérés par le mouvement, les bruits, la lumière, etc.

Cette douleur semble très étendue, bien que son siège ne puisse être très exactement délimité. Il semble aussi que l'étendue de la douleur n'est pas toujours fi-

xe. Tantôt c'est la mâchoire inférieure, la partie supérieure du cou, la région mastoïdienne et la nuque qui sont prises, tantôt la douleur prédomine sur la joue, la tempe, le front et toute la partie antérieure de l'hémicrâne.

Au dire de la malade, elle est pâle au début de la crise, mais très rapidement sa joue devient rouge et brûlante et parfois même les conjonctives sont injectées.

Le dernier médecin qui l'a soignée a eu l'occasion de l'observer en pleine crise et a pu confirmer la congestion de la face. Il a également constaté une légère inégalité pupillaire avec mydriase à gauche, du côté de la douleur.

Ce médecin a fait un examen complet dont il a bien voulu nous communiquer le compte rendu :

Cœur et poumons normaux.

Le foie est très légèrement augmenté de volume, déborde un peu le rebord costal. Pas de douleur au point vésiculaire, pas de signe de Murphy.

L'examen gynécologique n'a montré rien d'anormal. Les règles de la malade sont un peu douloureuses, mais elles sont régulières et de quantité normale. Il ne semble pas y avoir une influence des périodes menstruelles sur l'allure des crises douloureuses.

Dans les antécédents héréditaires de la malade on note une mère migraineuse qui serait morte d'une « affection du cerveau ».

Antécédents personnels : deux enfants bien portants, pas de maladie grave antérieure.

L'examen neurologique de la malade n'a rien révélé d'anormal. Les réflexes sont normaux. Les réactions pupillaires sont normales, à part la légère inégalité constatée en crise.

Le médecin nous adresse cette malade pour rechercher une cause dentaire possible. A l'examen nous relevons une douleur à la percussion de la première grosse molaire supérieure gauche. Cette dent est obturée depuis une dizaine d'années et dévitalisée.

La radio ne révèle aux apex, ni kyste ni granulôme, tout en plus une petite zone de raréfaction osseuse. Le reste de la dentition est en parfait état.

Sur les instances de la malade, nous pratiquons une avulsion de la dent. Les crises douloureuses ne cessent pas immédiatement après l'opération. Au contraire, l'avulsion est suivie le lendemain d'une crise extrêmement violente. Cependant, peu à peu les crises s'espacent et deviennent de plus en plus légères, pour disparaître complètement six semaines après l'avulsion. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis deux ans, la malade est complètement guérie.

OBSERVATION N° 2

Névralgie faciale guérie par l'injection intradermique de peptone

Mme L..., âgée de 26 ans, souffre depuis 4 ans depuis la naissance de son premier enfant, d'un syndrome douloureux de la face. Au début les douleurs étaient

intermittentes, mais actuellement, depuis six mois environ, elles sont devenues presque continues.

Le début exact remonte aux suites de couche de la première grossesse. Selon la malade, c'est la carie d'une dent, apparue pendant la deuxième moitié de cette grossesse, qui aurait été la cause de la névralgie. A ce moment-là, elle avait eu quelques paroxysmes douloureux par mois, se groupant autour de la date des règles. Cependant, les crises devinrent de plus en plus fréquentes et actuellement la moitié droite de la face est constamment endolorie. Néanmoins, sur ce fond douloureux se greffent des paroxysmes très pénibles ayant un type de torsion.

La localisation paraît être nettement sus-orbitaire, jugale et rétro-auriculaire avec des élancements le long du maxillaire inférieur.

Il n'y a aucun trouble objectif de la sensibilité, mais la peau de l'hémiface droite est nettement plus sèche et plus froide que celle du côté opposé.

La malade a remarqué que certains aliments (lait, œufs, crème) favorisent l'apparition des crises douloureuses. Elle a subi maints examens du tube digestif, du foie, de la vésicule biliaire. Il y a deux ans, on lui a fait une alcoolisation du nerf, mais sans aucun succès.

Sa denture avait fait l'objet de soins très complets au moment du début des accidents et le traitement de la dent cariée n'avait apporté aucun soulagement. Son médecin nous l'ayant envoyée pour revoir ses dents,

nous n'y avons trouvé aucune cause possible de névralgie.

La dent incriminée, une première molaire inférieure droite a présenté une petite carie du deuxième degré sur la face triturante, carie traitée.

Une radio montre l'obturation en bonne place, loin de la pulpe.

Au mois de septembre 1937, son médecin l'avait soumise à des injections intradermiques quotidiennes de peptone de Witte. Les paroxysmes douloureux ont diminué de nombre très rapidement, sauf ceux qui survenaient au moment des règles. Cependant au moment d'une seconde cure en décembre tous les paroxysmes ont disparu. En février 1938, l'endolorissement continu a commencé à diminuer. Revue en mars 1938, la malade semble être en amélioration considérable.

OBSERVATION N° 3

Névralgie faciale déclenchée par l'émotion et alternant avec des crises typiques de migraine ophtalmique.

M. L..., âgé de 42 ans, souffre depuis deux ans de crises douloureuses faciales survenant plusieurs fois dans la journée.

Le début de la maladie semble avoir été brusque. Le malade se trouvait à la campagne avec sa famille et l'un de ses enfants ayant grimpé sur un arbre fit

brusquement une chute. Le père effrayé accourut, ramassa l'enfant et put le conduire chez le médecin. L'enfant s'en est tiré avec quelques contusions, mais le père a ressenti une demi-heure environ après l'émotion une douleur violente dans l'hémiface droite.

Depuis cette époque, les crises douloureuses surviennent presque tous les jours et en général plusieurs fois par jour. Leur déclenchement se fait par une émotion, mais une émotion minime suffit : un bruit insolite, la sonnerie de l'entrée ou du téléphone, un appel inattendu.

L'intensité des crises douloureuses ne s'est pas modifiée depuis le début et ne semble être nullement proportionnelle à l'importance de l'émotion. La fréquence des crises semble par contre s'accroître depuis quelques mois.

La douleur ressentie n'est pas très aiguë. C'est une sensation de chaleur, puis de brûlure profonde exaspérée cependant par l'attouchement de la peau. Le siège est fixe, comprenant la joue droite, la mâchoire inférieure et le pourtour orbitaire.

La durée de la crise douloureuse ne dépasse pas une heure et elle est souvent même plus courte. Dans l'intervalle, le malade semble être complètement bien portant. Cependant, le frôlement de la peau est légèrement douloureux et l'attouchement de la région douloureuse se traduit pour le malade par une sensation de chaleur.

Ce sont les manifestations objectives qui paraissent les plus intéressantes à envisager. Au dire de son en-

tourage, le malade devient immédiatement très rouge, ses artères temporales battent, les veines frontales se dilatent. Il ne semble pas y avoir une différence entre les deux côtés. Tout au début, il semble y avoir parfois un léger tremblement des lèvres et des mouvements convulsifs de la mâchoire. Pas de manifestations oculaires objectives.

Dans une grande proportion des crises (environ la moitié) le malade vomit avant la fin de la crise. Il éprouverait constamment de la nausée, mais celle-ci n'aboutit pas toujours au vomissement. Lorsqu'il vomit, il éprouverait un soulagement et il attribue la fin de la crise à ce soulagement.

Dans l'intervalle des crises, l'examen médical n'a jamais pu révéler de signes objectifs. Il n'y a guère que la sensation de chaleur éprouvée à l'attouchement de la peau. On avait fait des examens de sang (WASSERMANN négatif, dosage d'urée 0,40). Dans les urines il n'y a ni albumine, ni sucre.

L'examen ophtalmologique n'a jamais montré aucune modification du fond de l'œil. L'oto-rhino-laryngologiste n'a rien trouvé.

Le malade nous fut envoyé pour un examen dentaire et nous n'avons trouvé aucune lésion susceptible de servir de cause à cette névralgie.

Après de très nombreux essais thérapeutiques, le malade est resté sans changement, lorsque il y a trois mois, les crises cessèrent brusquement pendant une dizaine de jours, accalmie qui ne s'est jamais produite depuis le début.

Or, dix jours après, on voit survenir une crise typique de migraine ophtalmique avec douleur dans l'hémicrâne droite, vomissements et scotome scintillant. Nouvelle accalmie de quatre jours, puis les crises de névralgie reparaissent suivant leur rythme antérieur. Cependant, environ toutes les trois semaines, le malade refait une nouvelle crise de migraine ophtalmique.

Depuis l'apparition de la migraine, on a tenté un traitement par l'acétylcholine. Une injection sous-cutanée de 20 centigrammes fait disparaître la crise en l'espace de dix minutes à un quart d'heures.

Mais l'acétylcholine est active non seulement pour la migraine, mais aussi pour les crises douloureuses faciales. L'injection systématique d'acétylcholine tous les jours pendant dix jours permet la suppression complète des crises pendant cette période. Néanmoins, lorsque l'on cesse les piqûres, les crises reviennent aussitôt.

V

FORMES INTERMEDIAIRES ENTRE LA MIGRAINE ET LA NEURALGIE FACIALE

Les trois observations que nous venons de relater seraient fort malaisées à étiqueter exactement car les syndromes constatés chez les malades ne répondent pas exactement ni à la description de la migraine, ni à celle de la névralgie faciale. Dans le premier cas, en effet, le siège de la douleur était aussi bien crânien que facial. L'allure de la douleur était nettement paroxystique, comme dans la migraine. L'étiologie dentaire, pour beaucoup d'auteurs, serait cependant la signature d'une névralgie faciale.

Le second cas répond cliniquement à une névralgie sympathique de la face. L'étiologie anaphylactique, attestée par le succès de la peptonothérapie, la fréquence des paroxysmes au moment des règles constituent cependant des caractères qui ont été attribués jusqu'ici toujours à la migraine.

La troisième observation est encore plus troublante. Abstraction faite de certaines circonstances cliniques (vomissements, déclenchement émotif), le malade pré-

sentait un tableau typique de névralgie faciale pendant plusieurs années. La cessation subite de cette névralgie et son remplacement par une migraine ophtalmique, puis l'alternance de celle-ci avec la névralgie constituent des faits qui nous paraissent constituer des arguments sérieux en faveur de la parenté de nature des deux affections.

Nous avons déjà vu au début de ce travail que migraine et névralgie faciale furent confondues pendant longtemps. Par la suite, on a fait de la migraine une catégorie particulière de la névralgie du trijumeau. Il semble certain que toutes les algies de la tête empruntent plus ou moins directement et dans une mesure plus ou moins importante le trajet de la cinquième paire cranienne.

On a décrit la fréquence des points douloureux névralgiques constatés dans la migraine. En palpant l'émergence de certaines branches du trijumeau, en particulier celle du nerf sus-orbitaire, on a souvent constaté de la douleur provoquée. Or, on sait que l'existence de tels points est caractéristique des névralgies (MEIGE).

Cependant, nous croyons que le lien entre la névralgie faciale et la migraine est constitué avant tout par le sympathique. Ce ne sont pas les névralgies typiques du trijumeau qui ressemblent le plus à la migraine, mais les algies sympathiques. A leur sujet, THUREL et ALA-JOUANINE écrivent : « Certaines sympathalgies faciales ne sont pas sans analogies avec la migraine, elles peuvent même s'accompagner de nausées et de vomisse-

ments ». Notre observation n° 3 illustre bien cette analogie.

Au point de vue clinique, nous pouvons donc apporter comme arguments en faveur de la parenté des deux affections :

- existence de formes cliniques intermédiaires;
- possibilité d'alternance entre les deux syndromes.

VI

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE COMMUNES

Nous allons examiner maintenant si, en dehors de leur aspect clinique, il existe des points communs entre les deux affections, au point de vue étiologique et pathogénique.

Schématiquement, on oppose l'étiologie générale de la migraine aux causes locales qui déterminent les névralgies faciales. En examinant les faits de plus près, on voit que cette opposition est par trop schématique et peut comporter des exceptions.

Il existe, en effet, des facteurs généraux dans l'étiologie des névralgies faciales. Parmi ces facteurs, l'hérédité a été décrite dans de nombreux cas de névralgie. **BALYEAT** qui a beaucoup étudié l'hérédité migraineuse a trouvé dans l'ascendance des migraineux des cas de névralgie et inversement. **ALAJOUANINE** et **THUREL** pensent qu'il « n'est pas rare de retrouver dans les antécédents personnels et héréditaires des malades (atteints de névralgie faciale) des migraines typiques ».

Quant à l'anaphylaxie, cause très généralement admise pour la migraine, elle peut être à la base de certaines névralgies faciales, comme en témoigne notre

observation n° 2. La survenue des crises au moment des règles, leur déclenchement émotif sont autant de caractères attribués à la migraine. Or, nous en avons constaté le premier dans un cas de névralgie (Observation n° 2) et le second à la phase purement névralgique d'un syndrome mixte (Observation n° 3).

Inversement, des causes locales peuvent exister dans certaines migraines. AUERBACH a montré la fréquence de causes dentaires (affections pulpaires), sinusiennes, auriculaires, etc., dans l'étiologie de certaines migraines. Nous-même, nous avons vu que dans notre première observation, pouvant être aussi bien étiquetée migraine que névralgie, l'étiologie dentaire était bien établie.



Quant à la pathogénie, elle peut être appliquée exactement de la même façon pour les deux maladies. Ainsi que nous l'avons déjà dit, nous pensons que le lien entre la névralgie faciale et la migraine se trouve dans le sympathique. Les deux syndromes sont dus à une irritation du tronc ou de la terminaison du sympathique ou encore à une excitabilité particulière de ce système du fait des conditions générales (predisposition héréditaire, anaphylaxie, émotivité, etc.). Une telle irritation crée des réflexes qui, par l'intermédiaire des perturbations vasomotrices, ou directement créent un état douloureux. La sensation douloureuse passe finalement par le trijumeau, mais ce nerf n'en constitue pas le substratum essentiel.

Le mécanisme fondamental étant le même, la migraine ne diffère de la névralgie sympathique de la face que par sa localisation. Autrement dit, l'une et l'autre sont des sympathalgies, la première du crâne, la seconde de la face.

VII

CONSEQUENCES THERAPEUTIQUES

Nos connaissances thérapeutiques sont bien peu avancées aussi bien dans la migraine que dans la névralgie faciale. Nous en sommes à peu près au même point que TROUSSEAU qui disait de la névralgie faciale : « Ces malades vous les soulagerez parfois, mais vous ne les guérirez jamais ». Le jamais est aujourd'hui trop absolu, car dans certains cas on peut obtenir la guérison complète par certaines médications pathogéniques ou par le traitement chirurgical.

Nous allons examiner, ici, seulement les bénéfices que peut retirer la thérapeutique de l'analogie qui existe entre la migraine et la névralgie faciale.

Ces bénéfices peuvent être de deux ordres : traitement de la névralgie faciale inspiré par les méthodes appliquées à la migraine et traitement de la migraine par les procédés employés dans la névralgie.

Il semble certain que bien des cas de névralgie peuvent bénéficier des méthodes qui réussissent dans la migraine.

Dans notre observation n° 2, la désensibilisation polyvalente à la peptone a réussi à guérir à peu près

complètement une névralgique. Cette guérison est évidemment trop récente pour qu'on puisse la tenir pour définitive, mais l'amélioration fut manifeste, alors que tous les autres traitements tentés jusque là aboutirent à un insuccès.

Il en est de même de notre observation n° 3 où l'acétylcholine, considérée actuellement comme l'un des meilleurs médicaments de la crise de migraine, a permis la rétrocession rapide des crises névralgiques. C'est que précisément l'acétylcholine semble agir sur le point pathogénique commun entre les migraines et les névralgies faciales, sur le sympathique. On sait que l'acétylcholine a une action antagoniste sur ce système. Son effet doit être analogue à celui de la sympathectomie périartérielle : grâce à la vasodilatation qu'elle détermine, elle doit combattre les perturbations vasomotrices dues à l'irritation du sympathique.

Quant à la migraine, elle semble bien pouvoir tirer profit de certaines méthodes thérapeutiques locales qui réussissent souvent dans la névralgie symptomatique de la face. Ainsi, nous avons vu que dans notre observation n° 1, un syndrome intermédiaire entre la névralgie et la migraine a été guéri par l'avulsion d'une dent atteinte d'arthrite. AUERBACH recommande déjà de rechercher les causes locales (dentaires, rhino-pharyngées, auriculaires, oculaires, etc.), dans la migraine. Cet auteur cite également maintes observations où l'ablation de l'épine irritative locale a abouti à la guérison complète de la migraine.

Les traitements chirurgicaux qui ont été appliqués

jusqu'ici surtout sur la névralgie, commencent à être tentés dans la migraine. PENFIELD a guéri des cas de migraine par la section partielle du trijumeau, en sectionnant les fibres qui vont à la région frontale et aux méninges.

Les interventions sur le sympathique cervical, tout comme dans la névralgie faciale, sont inefficaces dans la migraine. Par contre, la sympathectomie péricarotidienne semble avoir donné des résultats très encourageants à HELLWIG et à WITZEL.

On voit donc qu'en dehors des intrications du tableau clinique, en dehors d'une unité étiologique et pathogénique, il existe des liens thérapeutiques incontestables entre certaines névralgies faciales et la migraine. Tous ces arguments nous autorisent à soutenir la parenté des deux affections.

CONCLUSIONS

I. — Les syndromes douloureux de la tête sont classés en deux grandes catégories entre lesquelles on trace généralement une limite nette. Ces deux groupes, la migraine et la névralgie faciale, présentent cependant de nombreux points de contact, se manifestant en clinique par l'existence de formes intermédiaires et par la possibilité d'alternance entre les deux syndromes.

II. — Parmi les névralgies de la face, ce sont les algies sympathiques (névralgisme) qui se rapprochent le plus de la migraine. Ces algies peuvent s'accompagner de phénomènes qui passent pour caractéristiques de la migraine : troubles vasomoteurs et sécrétoires, nausées et vomissements, troubles sensoriels, etc...

III. — Il semble exister des cas où le diagnostic exact entre migraine et névralgie faciale est pratiquement impossible étant donné l'intrication des phénomènes attribuables à l'une ou à l'autre de ces affections.

IV. — Au point de vue étiologique, on attribue généralement la migraine à des causes générales, tandis qu'on insiste sur les causes locales dans les névralgies.

Il semble cependant y avoir des facteurs étiologiques généraux dans les névralgies (hérédité, sensibilisation, émotivité) et des facteurs locaux dans la migraine (affections dentaires, rhino-pharyngées, oculaires, etc).

V. — Le point de vue pathogénique commun entre les deux syndromes semble résider dans le sympathique. C'est l'irritation de ce système qui peut être à la base de la névralgie aussi bien qu'à celle de la migraine.

VI. — La thérapeutique pourrait s'inspirer de l'idée de la parenté entre les deux affections. Nous avons trouvé que certaines méthodes appliquées à la migraine (désensibilisation, acétylcholine) peuvent réussir dans la névralgie et que la recherche des épines irritatives locales, surtout pratiquée dans la névralgie, serait indiquée également dans la migraine.

Vu :
LE DOYEN,
TIFFENEAU.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALAJOUANINE et THUREL. — *Journ. Méd. Fr.*, juin 1933, et *Monde Méd.*, 1^{er} février 1934.
- AUERBACH. — Die Differentialdiagnose und Behandlung der verschiedenen Formen des Kopfschmerzes. Munich, 1922.
- BABONNEIX et DAVID. — *Journ. Méd. et Chir. prat.*, 10 mars 1918.
- BALYEAT. — Migraine. Philadelphie, 1933.
- FOERSTER. — Die Leitungsbahnen des Schmerzgefühls. Berlin, 1937.
- HAGUENAU. — *Presse Méd.*, 24 février 1935.
- HELLWIG. — *Arch. Klin. Chir.*, 1924, t. CXXVIII, p. 261.
- LERICHE. — La chirurgie de la douleur. Paris, 1937.
- MEIGE. — *Revue Neurol.*, 1925, t. XXXII, p. 929.
- PARAF. — *Sem. des Hôp. Paris*, 1932, p. 569.
- PENFIED. — *Transact. Amer. Acad. Ophtalm.*, 1932, t. XXXVII, p. 50.
- SICARD. — XXVIII^e Congrès des alién. et neurol., Bruxelles, 1924.
- VALLERY-RADOT et HAMBURGER. — Les migraines. Paris, 1935.
- WITZEL. — *Centralbl. f. Chir.*, 1924, t. LI, p. 1004.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Conception actuelle des Névralgies faciales	13
Rôle du Trijumeau	17
Rôle du Sympathique	21
Observations personnelles	25
Formes intermédiaires entre la migraine et la Névralgie faciale	33
Etiologie et Pathogénie communes	37
Conséquences thérapeutiques	41
Conclusions	45
Bibliographie	47

